



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en el Hospital
Darío Machuca Palacios del Cantón La Troncal, 2017- 2018

Tesis previa a la obtención del título
de Especialista en Medicina
Familiar y Comunitaria

Autora:

Evelyn Alexandra Pinos Vergara
CI. 0923936256

Directora:

Dra. Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas
CI. 0104457767

Cuenca- Ecuador

Abril 2019



RESUMEN

Antecedentes: la depresión posparto, es una patología que se presenta durante la gestación y puerperio, con repercusiones en la madre, el neonato y su familia.

Objetivo general: determinar la prevalencia de depresión postparto y factores asociados en pacientes atendidas en el Hospital Darío Machuca Palacios del cantón la Troncal 2018.

Materiales y métodos: estudio observacional, analítico, epidemiológico, transversal y prospectivo. Participaron 190 madres que cumplieron los criterios de inclusión; se aplicó un formulario de recolección de datos a las pacientes en puerperio tardío; se reportó la prevalencia y factores asociados a depresión postparto.

Resultados: la prevalencia de depresión postparto fue del 72.1% (IC al 95% 65.46 – 78.74%), el 90.5% presentó DPP leve. Se encontró relación estadísticamente significativa con embarazo no deseado (RP: 1.31, IC 95%: 1.11-1.54, valor $p=0.02$).

Conclusiones: la prevalencia de depresión postparto fue elevada, el embarazo no deseado se comportó como un factor de riesgo.

Palabras clave: Depresión postparto. Epidemiología



ABSTRACT

Background: postpartum depression is a pathology that occurs during pregnancy and puerperium, with repercussions on the mother, the newborn and their family.

General objective: to determine the prevalence of postpartum depression and associated factors in patients treated at the Dario Machuca Hospital Palacios del cantón la Troncal 2018.

Materials and methods: observational, analytical, epidemiological, cross-sectional and prospective study. 190 mothers who met the inclusion criteria participated; A data collection form was applied to patients in late puerperium; the **prevalence and factors associated with postpartum depression were reported.**

Results: the prevalence of postpartum depression was 72.1% (95% CI 65.46 - 78.74%), 90.5% had mild PPD. A statistically significant relationship was found with unwanted pregnancy (RP: 1.31, 95% CI: 1.11-1.54, p value = 0.02).

Conclusions: the prevalence of postpartum depression was high, unwanted pregnancy behaved as a risk factor.

Key words: Postpartum depression. Epidemiology



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
III. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS.	14
IV. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
4.1. ASPECTOS BIOPSICOSOCIALES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	15
4.2. ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DEL EMBARAZO Y EL PUERPERIO ...	16
4.3. DEPRESIÓN POSTPARTO	18
4.4. FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)	19
4.5. CUADRO CLÍNICO	19
4.6. DIAGNÓSTICO DE DPP.....	20
4.7. TRATAMIENTO	21
4.8. FACTORES ASOCIADOS	22
4.8.1. Disfuncionalidad familiar	22
4.8.2. Edad Materna	23
4.8.3. Nivel Socioeconómico	24
4.8.4. Vía de parto	25
4.8.5. Paridad	26
4.8.6. Embarazo no deseado.....	27
4.8.7. Embarazo no planificado	27
4.8.8. Recurrencia de Depresión Postparto	28
4.8.9. Recién Nacido Hospitalizado	29
V. HIPÓTESIS.....	29
VI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	29
6.1. OBJETIVO GENERAL	29
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	29
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	31
7.1. Tipo y diseño general de estudio	31
7.2. Área de estudio	31



7.3.	Unidad de análisis y observación	31
7.4.	Universo y muestra	31
7.5.	Criterios de inclusión y exclusión.	31
7.6.	Operacionalización de variables (anexo 4)	32
7.7.	Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
7.8.	Plan de tabulación y análisis de resultados.....	34
7.9.	Aspectos éticos	34
VIII.	RESULTADOS	35
8.1.	Características de la población de estudio.....	35
8.2.	Prevalencia de depresión postparto.....	36
8.3.	Caracterización de DPP según variables sociodemográficas.	37
8.4.	Factores asociados a DPP.....	39
IX.	DISCUSIÓN.....	40
X.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
XII.	ANEXOS.....	54
	ANEXO I: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
	ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.	58
	ANEXO 3: ASSENTIMIENTO INFORMADO.....	60
	ANEXO 4: OPERAZIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	61
	ANEXO 5: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	63
	ANEXO 6: PRESUPUESTO	64



**Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio
Institucional**

Evelyn Alexandra Pinos Vergara, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de la tesis **Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en el Hospital Darío Machuca Palacios del Cantón La Troncal, 2017-2018**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de esta tesis en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 04 de abril del 2019

.....
Evelyn Alexandra Pinos Vergara
CI: 0923936256



Cláusula de propiedad intelectual

Evelyn Alexandra Pinos Vergara, autor/a de la tesis **Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en el Hospital Darío Machuca Palacios del Cantón La Troncal, 2017- 2018**; certifico que todas las ideas, opiniones, y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 04 de abril del 2019

.....
Evelyn Alexandra Pinos Vergara
CI: 0923936256



AGRADECIMIENTO.

Agradezco principalmente a la Universidad de Cuenca que me permitió formarme académicamente en su casa de estudios, a la directora de éste proyecto Dra. Jeanneth Tapia Cárdenas que con su conocimiento y su interés en este proceso ya que fungió como una guía para poder llevar a cabo esta tesis.

Al personal del Hospital Darío Machuca Palacios del cantón la Troncal, quien me abrió las puertas para poder realizar este estudio y a las mujeres del cantón quienes ayudaron de forma desinteresada con la información necesaria para el mismo.



DEDICATORIA.

Ésta tesis se la dedico a Dios quién supo guiarme por el buen camino, dándome fortaleza para seguir adelante, fuerza en las adversidades y por la oportunidad de estar en este mundo.

A mi familia, por ellos soy lo que soy.

A mis padres Edison y Raquel por su apoyo incondicional en los momentos difíciles, por inculcarme el valor de la responsabilidad y deseo de superación.

I. INTRODUCCIÓN.

Las mujeres tienen el doble de riesgo de depresión a lo largo de su vida comparadas con hombres, debido a que esta patología podría relacionarse con los periodos reproductivos y hormonales por las que ellas atraviesan (embarazo, parto, puerperio, menopausia) (1).

La Depresión Postparto (DPP) es un estado en el cual la mujer presenta cambios físicos, hormonales psicológicos y sociales. La importancia de su diagnóstico radica en el hecho de que está asociado con efectos deletéreos a largo plazo en la sociedad, la familia, las relaciones maritales y la satisfacción personal (2).

Se estima que más del 40% de las madres sufre de síntomas DPP y que del 10% al 15% desarrollará una enfermedad depresiva (3). La tristeza postparto o melancolía de la maternidad, es una condición transitoria que afecta a un 30-80% de las mujeres después del parto. La prevalencia general de los síntomas depresivos postparto clínicamente significativos se estima entre el 7% y 19% (4).

Así pues en España en el año 2017, Míguez M, Fernández V y Pereira B, en los resultados de su investigación realizada en 99 mujeres, indicaron la presencia de depresión postparto en el 22,2% de las encuestadas. Las mujeres con menos años de formación académica ($p= 0,047$) y que no trabajan ($p= 0,017$), presentaron mayor sintomatología depresiva (5).

Por otra parte en Estados Unidos, Horowitz et al , en el año 2016, concluyeron que la prevalencia de la depresión posparto fue del 10-15%, siendo más alta entre los grupos vulnerables y aunque en este país la detección de DPP se está convirtiendo en norma, las tasas de tratamiento siguen siendo bajas (6).

Existe buena evidencia de que los episodios de depresión posparto se pierden o son mal diagnosticados. En un estudio longitudinal, en el año 2016, realizado por García M, González P, Rodríguez D, Jiménez M y Zouain J, en República Dominicana concluyeron que de las 432 encuestadas, 225 (52.1%) resultaron



positivas para la presencia de depresión según la escala de Hamilton, en el puerperio inmediato (7).

La sintomatología en la Depresión Posparto puede confundirse con comportamientos asociados a la adaptación normal al puerperio, por tal motivo se estima que alrededor de 50% de los casos de DPP no se diagnostica ni se trata oportunamente (8).

A pesar de que en algunos casos el cuadro clínico de la depresión posparto puede ser breve y remitir espontáneamente, se ha reportado estudios donde aproximadamente el 30% de las mujeres que experimentan depresión postparto continúan deprimidas hasta dos años después del parto y el 50% continúan con depresión mayor (9).

Para evaluar los síntomas depresivos durante el puerperio, se aplicó el test de Edimburgo, que ha sido ampliamente validado y aplicado, con una sensibilidad y especificidad mayor al 95%, dicho instrumento consta de 10 ítems, con cuatro opciones de respuestas, cada una tiene un valor que fluctúa entre 0 a 3 puntos, dando una puntuación total de hasta 30, considerándose un indicador de depresión si supera los 6 puntos, finalmente dicho instrumento clasificó a las mujeres en: sin depresión, depresión leve, moderada y grave (10).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La DPP es la complicación psiquiátrica más frecuente del período postnatal y dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar y la salud de la madre, el niño y del entorno familiar es importante su identificación adecuada y oportuna (11) (12) (13).

La Organización Mundial de la Salud afirma que del 20 al 40% de mujeres padecen depresión durante su embarazo y en el puerperio en países en desarrollo. Se calcula además que la prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20% con predominio en niveles socioeconómicos bajos (11) (12) (14) (15).

Una revisión sistemática en la India, en el año 2016, realizada Upadhyay R et al, en base a 38 estudios que incluyeron 20.043 mujeres, encontraron que la prevalencia de DPP fue de 22% con un IC del 95% de 19 a 25 años, datos que fueron tomados luego de aplicar las encuestas las 2 primeras semanas postparto (16).

En España, Paz Lozano, en el año 2015, en su estudio concluyó que la frecuencia de DPP oscilaba entre 10-15%; es decir, una de cada 10 mujeres padecía este tipo de depresión en el puerperio mediato o tardío, constituyéndose la patología más frecuente durante este periodo (17).

Así mismo en Barcelona España, Lasheras G, Sender BF y Serra B, en el 2014, concluyeron en su estudio realizado a 271 puérperas, en lo que respecta a la relación entre la edad y la DPP, hay muchos estudios que no esclarecen esta relación y su impacto, pero en su investigación la edad materna superior a 39 años tuvo una relación estadísticamente significativa con la DPP con una $p=0.032$ (18).

Otro estudio realizado a puérperas atendidas en la Clínica de Medicina Familiar en México por Navarrete RG y López LG, en el año 2015, encontraron una prevalencia de depresión posparto del 20% (19).

Por lo contrario en Colombia, Ramírez R y Rincón P, en el año 2010, concluyeron que la prevalencia de DPP reportada fue de 12,9 % según la información obtenida de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010 (20).

En tanto que, estudios realizado en el centro de atención materno infantil en un Hospital de III nivel en Colombia, Ortiz Martinez R. y colaboradores, en el 2015 evidenciaron una prevalencia de DPP de 40,20 % (21).

Al contrario con Chile, donde Jadresic y colaboradores, en el año 2010 han informado cifras de prevalencia de DPP de 10,2% (22).

La depresión materna tiene consecuencias negativas en el niño, debido a que su desarrollo neuronal se ve profundamente afectado e influido por las experiencias cotidianas de su cuidador, generando secuelas biológicas, psicológicas, y sociales en este pequeño ser. Este panorama desalentador lleva a que se altere el vínculo madre/hijo, ya que las puérperas deprimidas reportan sentimientos hostiles, estrés, percepciones y conductas negativas, que como se ha mencionado tienen repercusiones no sólo a nivel dual sino también en el entorno familiar (23) (24).

Se ha demostrado que los niños con madres que han experimentado DPP son más propensos a desarrollar problemas de comportamiento a lo largo del tiempo, además que aquellas madres que experimentaron DPP es más probable que presenten futuros episodios de dicha patología (25).

En nuestro país, y especialmente en el cantón La Troncal de la provincia del Cañar son escasos los datos estadísticos que aporten información sobre la prevalencia de depresión posparto por lo que radica ahí su importancia de investigación.

Planteándonos las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión postparto y factores asociados en pacientes atendidas en el Hospital Darío Machuca Palacios del cantón la Troncal?

¿Existe asociación entre factores como: disfuncionalidad familiar, menor edad, bajo nivel socioeconómico, cesárea, primiparidad, embarazo no deseado y no planificado, recurrencia de DPP y recién nacido hospitalizado con la depresión postparto?

III. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS.

La depresión postparto, es una alteración psicológica de la que derivan múltiples afectados, por una parte la puérpera, por otra el recién nacido que debe enfrentar el hecho de no tener a su madre preparada para acogerlo y cuidarlo, y finalmente la familia, la cual se sentirá desorientada, atónita e impotente por las reacciones de la mujer, siendo un problema que sobrepasa la capacidad familiar para brindar el soporte a la mujer que lo padece, debido a que la población en general está mucho más concienciada en sentir empatía y buscar ayuda en patologías físicas y no en las psicológicas. Además si a esto sumamos los prejuicios sociales, ya que la puérpera que sufre de este trastorno tienen vergüenza de aceptar su enfermedad y mucho menos de solicitar asistencia, por ello la importancia del tema propuesto, ya que resulta trascendental la intervención oportuna en DPP tanto en el diagnóstico temprano como en el tratamiento y el seguimiento de estas pacientes (17).

Debido a que esta patología afecta a dos grupos vulnerables de la población como son la madre y el niño, es necesario realizar este estudio para identificar la prevalencia de depresión posparto y su asociación con factores predisponentes entre los que destacan: disfuncionalidad familiar, menor edad, bajo nivel socioeconómico, cesárea, primiparidad, embarazo no deseado y no planificado, recurrencia de DPP y recién nacido hospitalizado, información que servirá como pauta para intervenciones futuras orientadas a la prevención, detección precoz y atención oportuna en las unidades de salud.

Además de las razones expuestas, la investigación del tema propuesto es necesario para disminuir las barreras y mejorar la accesibilidad de pacientes con DPP al tratamiento tanto médico como psicológico necesario.

Este estudio se enmarca dentro de las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas y las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública 2013-2017, en el área del Sistema Nacional de Salud, línea de Salud Mental y Trastornos del Comportamiento y sublínea de Depresión.



Finalmente, los resultados obtenidos por la presente investigación, serán difundidos mediante los medios informativos de la Universidad de Cuenca y los del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, así como la socialización con los habitantes del cantón la Troncal. Además es de suma importancia socializar los resultados a la comunidad científica mediante una publicación indexada, misma que servirá como base para futuros estudios de intervención que estén dirigidos a mejorar el estado depresivo de las mujeres que se encuentran en el periodo puerperal.

IV. FUNDAMENTO TEÓRICO

4.1. ASPECTOS BIOPSICOSOCIALES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

La depresión es un trastorno generalizado que se puede presentar en cualquier momento de la vida de una persona, sin embargo, cuando se asocia con la maternidad, genera un efecto debilitante, cuyas consecuencias se visibilizan no solo en la madre sino también en su hijo, entre las que se han descrito: conflictos familiares, psicosociales, trastornos en el desarrollo del niño, alteraciones de conducta, violencia intrafamiliar, entre otras (26).

La familia como sistema desempeña un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud, sino en su proceso de rehabilitación (21,26). Esto dependerá en parte si la familia es funcional o por el contrario disfuncional y si cuenta o no con los recursos adecuados de redes de apoyo.

Según el ciclo vital en que se encuentre atravesando la familia o por los factores estresantes que repercuten sobre ella, su dinámica va cambiando, determinando así su buen o mal funcionamiento. Teniendo en cuenta los reportes encontrados, la familia que se ve más influenciada por esto, es la Familia monoparental (un solo cónyuge y sus hijos) (27).

Olson desarrolló un modelo para evaluar el funcionamiento familiar recurriendo a los conceptos de cohesión y adaptación. La cohesión teniendo 2 componentes: los lazos emocionales y el grado de autonomía que un miembro experimenta en el sistema, es decir la capacidad del sistema para tomar decisiones en grupo y darse soporte mutuamente y la adaptabilidad, como la destreza de un sistema familiar para cambiar su organización en respuesta a determinadas circunstancias que provocan tensiones y situaciones propias de su desarrollo (28).

El impacto que tiene esta patología sobre el entorno familiar, va depender de la flexibilidad o rigidez de sus roles, es decir estas lograrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser.

La Comunicación también es importante, el no transmitir información al paciente sobre su enfermedad le genera desconfianza, dificultando su vinculación y convivencia con el entorno familiar y los cambios generados, es decir la respuesta en las interacciones de cada uno de los miembros en función del paciente enfermo (28).

4.2. ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DEL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

La mujer en el posparto experimenta cambios tanto físicos, hormonales, psicológicos y sociales que la predispone para presentar trastornos psíquicos. Las alteraciones que pueden presentarse van desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, hasta síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas (29) (30).

El estrés psicológico es muy elevado durante la etapa del puerperio, lo que facilita el desencadenamiento de enfermedades mentales durante esta etapa, por lo que hasta un 15% de madres experimentan algún tipo de depresión puerperal no psicótica en las seis primeras semanas posteriores al parto (31)



En comparación con otras investigaciones se ha observado que los factores psicosociales son los de mayor importancia en la presentación de depresión posparto, por lo que son llamados factores de riesgo mayores (17-19).

Esta conjunción de factores y cambios hormonales hacen que la depresión sea una de las enfermedades más frecuentes del puerperio, encontrándose en diferentes estudios una prevalencia que oscila entre 10 y 20% (20,22).

Los cuadros depresivos son más frecuentes en mujeres que han presentado complicaciones obstétricas como trastornos hipertensivos, parto prematuro o retardo del crecimiento intrauterino, entre otros (32).

La clasificación nosológica de los trastornos afectivos en el puerperio se ha dividido en tres categorías que son: la disforia o baby blues, manifestada por síntomas que se conocen como depresión del tercer día, esta es una alteración pasajera que no dura más de 15 días, caracterizada por labilidad emocional, tristeza, disforia, confusión subjetiva y llanto fácil, pero es un trastorno que no ha sido estudiado a fondo. Por otro lado *la psicosis puerperal*, tiene su inicio en las primeras 2 a 3 semanas del parto, aunque por lo general empieza cerca de los tres meses o hasta un año después, y puede prolongarse por varios meses, afectando entre el 0,1% y 0,2% de las puérperas (33), típicamente presentan un cuadro de ansiedad, fatiga, inquietud, con confusión, incoherencia, afirmaciones irracionales, preocupaciones obsesivas por su salud y alucinaciones, la madre representa un peligro para sí misma y para su bebé (34). Finalmente la *depresión postparto* que se presenta en el 10 al 25% de puérperas, siendo el punto medio entre la disforia y la psicosis. Comienza típicamente a las 4 semanas postparto, pudiendo desarrollarse lentamente por semanas o meses, aunque cuadros más severos pueden iniciarse de manera más precoz (35).

La sintomatología en la DPP puede confundirse con comportamientos asociados a la adaptación normal al puerperio, por tal motivo se estima que alrededor de 50% de los casos no se diagnostican ni se trata oportunamente (36).

De acuerdo a un metanálisis publicado por Dennis CL, Falah-Hassani K y Shiri R. en el British Journal of Psychiatry en el año 2017, donde se revisaron 23.468



resúmenes, de 34 países a nivel mundial, se concluyó que la prevalencia de DPP diagnosticada entre la primera y las veinte y cuatro semanas del nacimiento fue del 15% (IC 95% 13.7 al 16.4) (37).

En una investigación realizada en Pakistán en el año 2015, por Ahmad et al, concluyó que la prevalencia de DPP en mujeres de un área urbana fue 6.8% en un total de 88 mujeres (10).

A su vez un estudio realizado por Do TKL, Nguyen TTH y Pham TTH, en Vietnam en el año 2018, encontró una prevalencia de 20.4% en áreas urbanas y de 15.8% en áreas rurales (13).

Por lo contrario en su estudio Horowitz JA y colaboradores, en el año 2016, concluyó que la Depresión posparto fue del 10-15%, siendo más alta entre los grupos vulnerables y aunque en este país la detección de DPP se está convirtiendo en norma, las tasas de tratamiento siguen siendo bajas (6).

García M, González P, Rodríguez D, Jiménez M y Zouain J. en un estudio longitudinal, en el año 2016, en República Dominicana concluyeron que de las 432 encuestadas, 225 (52.1%) resultaron positivas para la presencia de depresión según la escala de Hamilton, en el puerperio inmediato (7).

En nuestro país en Cuenca, en el año 2017, Narváez B, Estefani I, Vintimilla C y Andrés S, en un estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso, a 203 púérperas encontrando una frecuencia de DPP de 49.8% (38).

4.3. DEPRESIÓN POSTPARTO

Es conocida también como depresión puerperal, manifestándose como un estado transitorio de múltiples reacciones emocionales que experimentan las madres a partir de las 4 semanas del parto, la madre refiere labilidad emocional, insomnio, llanto, ansiedad e irritabilidad (32) (39).

Pitt, quien fue el primero en describir este trastorno la define como una depresión atípica, donde además de síntomas depresivos que suma la ansiedad, irritabilidad y fobias se encuentra síntomas vegetativos atípicos como la

somnolencia y el aumento del apetito. La gravedad de la DPP puede ser moderada y en la mayor parte de casos se trata de manera ambulatoria (35).

4.4. FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)

Existen algunas hipótesis, en las que se mencionan:

- Mecanismo hormonal específico que consiste en una disminución brusca de las hormonas gonadales estrógeno y progesterona posterior al parto, provocando un incremento de los niveles de la serotonina transportadora que se asocia a una reducción del estado de ánimo (40).
- La alteración del eje hipotalámico-pituitario-adrenal por acción del estrés hace que la hormona corticotropina (CRH) produzca una hipersecreción de cortisol, hormona relacionada con el estrés (41).
- El triptófano, un precursor de serotonina se encuentran más bajos al final del embarazo entre el primer y segundo día posparto. En las mujeres que cursan un puerperio se observa elevación del triptófano sérico como mecanismo natural de compensación, lo que no ocurriría en quienes desarrollan un cuadro depresivo puerperal (8).

4.5. CUADRO CLÍNICO

Es común describir un cuadro benigno y transitorio de tristeza durante el puerperio, esta inicia durante los tres primeros días posteriores al parto, resolviéndose de manera espontánea dos semanas después. La DPP se puede presentar hasta 6 meses postparto y es cuatro veces más frecuente que la depresión en mujeres no embarazadas (42).

La DPP se caracteriza además de la tristeza por presentar un estado de irritabilidad y enojo, reducción en el interés o placer en las actividades cotidianas, sentimientos de inadecuación y fracaso, falta de concentración y habilidad para la toma de decisiones, fatiga, insomnio sobre todo después de amamantar al recién nacido, alteraciones ponderales, e ideas suicidas (9) (42) (43) (34).

También podría evidenciarse un cuadro grave de angustia y ataques de pánico, por lo que podría llevar consigo la posibilidad del comienzo o agravamiento de procesos ansiosos u obsesivos compulsivos (42).

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), las manifestaciones clínicas de la DPP es similar a la depresión mayor pero difiere en que aquí se presenta ansiedad intensa, e incluso crisis de angustia, así como una preocupación excesiva por el bebé, que puede acarrear consecuencias sobre la salud y el desempeño de la madre y del infante (44) (45).

La sintomatología que se presenta en la DPP puede confundirse con comportamientos asociados a la adaptación normal del puerperio, o con otros trastornos del estado de ánimo frecuentes en este periodo entre los cuales tenemos la tristeza posparto (baby blues) y la psicosis posparto; estos difieren principalmente en términos de la gravedad de los síntomas, el tiempo de inicio, y la persistencia (46).

4.6. DIAGNÓSTICO DE DPP

La herramienta de detección de DPP más utilizada es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), diseñada en 1987, como un instrumento de fácil aplicación y de bajo costo. Tiene una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82%, por lo que es una eficiente y valiosa herramienta para identificar la depresión perinatal y durante el posparto; los 10 ítems con cuatro opciones de respuesta, cada uno tiene un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, donde aquella madre que obtenga un puntaje superior 12 muy probablemente sufren una grave enfermedad depresiva, aunque es importante subrayar que dicho instrumento no supera el juicio clínico, ya que la escala indica el sentir de la madre durante la última semana, pero no detecta a pacientes con neurosis de angustia, fobias o trastornos de la personalidad (4) (33) (42) (47).

4.7. TRATAMIENTO

El tratamiento para la DPP ha ido evolucionando de manera considerable, se han explorado alternativas farmacológicas y no farmacológicas, ambas basadas en un diagnóstico precoz de la depresión puerperal (42).

Uno de los métodos más difundidos hoy por hoy es el modelo propuesto por Coverdale, donde la paciente deprimida puede aumentar su capacidad de decidir sobre el tratamiento a instaurarse partiendo de cuatro etapas que son (42):

- Evaluación clínica precoz
- Exploración de los efectos de la depresión en la toma de decisiones.
- Educación de las consecuencias adversas de la depresión durante la gestación.
- Revisión y elección de la mejor opción terapéutica.

Este modelo de tratamiento de DPP ha incorporado procesos éticos trascendentales como el consentimiento informado y la respectiva responsabilidad del médico en el diagnóstico, riesgos, beneficios, así como alternativas terapéuticas (42).

Las intervenciones no farmacológicas deben considerarse de primera elección en depresiones de leves a moderadas. Entre ellas la psicoterapia interpersonal y terapia cognitivo conductual (48).

En lo referente al tratamiento farmacológico de la DPP en la literatura se especifica que no hay una respuesta definitiva en cuanto a la seguridad de la administración de psicofármacos durante el embarazo y la lactancia, por ello es preciso y trascendental evaluar los riesgos y beneficios de utilizarlos en la enfermedad psiquiátrica materna (34).

Las múltiples opciones terapéuticas en torno al tema deja clara la prioridad en la salud materna como determinante en el futuro de los pueblos. Por ello se ha



puesto énfasis en equipos multidisciplinarios para manejar la DPP enfocados en modelos biopsicosociales, espirituales y ecológicos.

La psicoterapia es una práctica que gira en torno al vínculo madre-hijo, su intervención precoz promueve el desarrollo cognitivo del recién nacido llegando a prevenir la DPP (42).

4.8. FACTORES ASOCIADOS

Las mujeres con DPP relacionan la enfermedad con debilidad, flojera, embarazo no deseado, miedo al rechazo por estar embarazada, riesgo social, conflicto con la pareja, dificultades con los hijos, muerte de algún familiar u otro significativo y antecedentes de salud mental (49).

Pues bien, según se conoce que la depresión postparto no es una debilidad moral ni un dilema ético o un síntoma de debilidad; es más bien una condición médica que puede comenzar incluso mucho antes del parto; es una enfermedad neuro-psiquiátrica que afecta el cuerpo y la mente de la mujer gestante o puérpera; a algunas mujeres más que a otras (11).

Los estresores físicos y psicosociales elevan la respuesta inflamatoria, por lo que se supondría que esta podría ser la base de todos los factores de riesgo que se encuentran tradicionalmente asociados a la presencia de depresión postparto (35) (50). A continuación, se describen los factores, que según la literatura actual, estarían asociados a la depresión postparto.

4.8.1. Disfuncionalidad familiar

La familia es entendida como un sistema que se encuentra en constante cambio en respuesta a las necesidades de cada uno de sus miembros, y, como otros sistemas vivos aspira a conservar un sentido de equilibrio, siempre constituye un apoyo para sus integrantes (50).

La disfuncionalidad en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros, debido a que la familia sigue siendo considerada como la célula básica de la sociedad cuyas



funciones no han podido ser sustituidas. Dois A y Uribe C, en Chile en el año 2012, un estudio en puérperas encontró una asociación directa con el grado de disfuncionalidad familiar con la DPP, por medio del coeficiente de Spearman mostraron una correlación significativa con el puntaje del APGAR familiar con una $p < 0,01$ (36).

Por otro lado en una investigación realizada por Miranda Cárdenas KA en el año 2017 en Perú, concluyeron que la prevalencia de depresión posparto fue 27.4% y de disfunción familiar del 70%, siendo más frecuente el tipo leve con un 44.4%. La asociación entre las variables disfuncionalidad familiar y depresión pos parto resultó significativa ($p < 0.001$) y el OR calculado para cualquier grado de disfunción familiar fue 9.51 (IC 95%: 2.13-42.50) (51). Durante la cita de control los siete días del posparto en el análisis bivariado también se encontró asociación entre la funcionalidad familiar y síntomas depresivos de importancia clínica 1,7 % (IC95 % 1,1 - 2,5), sin embargo, al hacer el ajuste en análisis multivariado no se mantuvo esta asociación.

Existen instrumentos para determinar la forma en que perciben el apoyo el individuo de los miembros que conforman su hogar. El Cuestionario de funcionalidad familiar que se utilizará es el FF-SIL que investiga 14 componentes de la función familiar, basado en 7 pilares vitales: Cohesión, Armonía, Comunicación, Adaptabilidad, Afectividad, Roles, Permeabilidad (52).

4.8.2. Edad Materna

La edad de la mujer supone en si un factor de riesgo para el embarazo y no está exento de posibles complicaciones o riesgos. Las madres adolescentes, en comparación con las madres adultas, tienen cierta tendencia a ser socialmente más aisladas y pueden experimentar mayores niveles de estrés (53) (26).

Con la maternidad, las adolescentes deben asumir una situación para la que no se sienten preparadas, lo que genera un estrés intenso para la embarazada y sus familiares, creando un entorno negativo alrededor ellas; a esto se suma la labilidad emocional propia de esta etapa, haciendo a estas madres mucho más propensas a la depresión (54), la mayor parte de ellas pertenecen a sectores

sociales de recursos limitados y parece obvio que el resultado del embarazo no es nada prometedor, tanto para la madre como para el recién nacido (55). Además es frecuente observar que las adolescentes presenten mínimos controles prenatales y que acudan de forma tardía a los mismos (56) (57).

Ramírez y Rincón, en Colombia, en el año 2013, en una investigación con 53,521 participantes, evidenciaron que aquellas mujeres con edades comprendidas entre 20 a 34 años, presentaron un $OR=1,15$; IC 95 % 1,03-2,28 para DPP, durante un periodo de hasta 6 meses post parto (20).

Contrariamente a lo expuesto por Molero et al, Venezuela, durante el 2014, en una encuesta realizada a 100 mujeres, a quienes se les aplicó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS), se concluyó que en las puntuaciones totales de dicho test, las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ($5,88 \pm 1,96$ vs. $11,58 \pm 2,9$; $p<0,001$), traduciéndose en 4% de púerperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP (55).

4.8.3. Nivel Socioeconómico

Es probable que las limitaciones económicas actúen como un factor de vulnerabilidad que facilite la depresión ante varios tipos de adversidades, la ausencia de trabajo durante el embarazo o puerperio se relaciona de una forma consistente con el riesgo de depresión postparto debido a que los ingresos económicos deficientes son causas de estrés y están relacionadas con el porcentaje más elevado de depresión (58).

De tal forma, según Hurtado, en Perú, en el año 2017, encontró una mayor tendencia a la depresión en las pacientes con un nivel socioeconómico bajo en relación con el alto ($OR: 7,29$; $p < 0.01$ con IC: IC 95%; 3.31-16.02 (59).

En Chile en el 2015, Mendoza et al, en su estudio, encontró una asociación entre depresión posparto y bajo nivel socioeconómico (11).

Así, mismo; observamos en el estudio realizado por Elvira Cabada-Ramos, et al, en España, 2015, que la DPP está presente, con mayor frecuencia en la población



urbana, con un mayor número de estresores, así como en la población rural e indígena, dedicada en su mayoría exclusivamente al cuidado de los hijos (60).

Otros autores coinciden en que la mala situación económica de la mujer sería una de las variables con mayor fuerza en la asociación con una posible depresión posparto como lo demuestra. Moreira et al, en Brasil, 2016, encontró que más del 65% de mujeres que presentan ingresos por debajo de 3 salarios mínimos presentan signos de depresión y psicosis (45).

Míguez M, Fernández V y Pereira B, en España, en el año 2017, en su estudio en 99 mujeres que fueron evaluadas luego de 6 a 8 semanas postparto con la Escala de Edimburgo, indicaron la presencia de DPP en el 22,2%, aquellas mujeres con menos años de formación y aquellas que no trabajaban tuvieron una relación estadísticamente significativa con una $p= 0,047$ y $p= 0,017$ respectivamente (5).

En su investigación Barrera AZ y Nichols AD a 1760 mujeres latinas en el año 2011, analizaron actitudes y comportamientos con respecto a la búsqueda de ayuda para DPP, encontrando que el 44,8% buscaron ayuda, y aquellas que tenían ingresos inferiores a \$ 10.000 fueron determinantes al momento de solicitar apoyo para dicha patología (61).

4.8.4. Vía de parto

La salud materna comprende todos los aspectos desde el embarazo, parto y hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva para muchas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte para otras (29).

Brummelte S y Galea L. en su estudios demuestran que el parto por cesárea aumenta la incidencia de depresión postparto, en comparación con quienes tuvieron parto vaginal (40).

Zanardo et al, Italia en el año 2015, encontró que las puntuaciones totales en la Escala de Edimburgo, fueron más altas entre las pacientes que tuvieron partos por cesárea en comparación con partos vaginales (6.95 ± 4.80 frente a 6.05 ± 4.20 , $p = 0.007$) (2).

Al mismo tiempo Atencia Olivas, en Perú, en el año 2015 ,concluyó que el parto por cesárea tuvo una relación estadísticamente significativa con DPP con OR: 3.08 y una $p=0.005$ (IC: 1.38-6.87) (62).

Al igual que Urdaneta et al, en Chile, en el año 2011, en su estudio con puérperas, concluyeron que la cesárea y la DPP tuvieron una relación estadísticamente significativa (OR: 3,45 IC: 1,29-9,19 $p=0,01$) (63).

4.8.5. Paridad

Rosa González Navarrete y Ligia García López, en su estudios realizado a 120 madres de la Clínica de Medicina Familiar "Mérida" Yucatán, en el 2013, demuestran que el riesgo de trastornos del estado de ánimo en puerperio es más alto en multíparas; además, que las pacientes que presentaron estas alteraciones luego de su primera gestación solían evitar embarazos posteriores (19).

Al contrario de esta aseveración, Cerda en estudio realizado en Perú, en el año 2017 a 90 puérperas del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, observó que existía una probabilidad de 1.15 veces más en tener depresión postparto cuando la mujer es primípara (OR: 1.15; IC95% 0.472–2.787), $p > 0.05$ (61).

En tanto que Shimizu et al, en Japón en el año 2015, concluyeron que la paridad no influye en la puntuación de la EPDS, por lo que no es un factor de riesgo para DPP (64).

Xiong R, Deng A, Wan B y Liu Y ,en un estudio transversal donde participaron 468 madres que fueron evaluadas 6 semanas después del parto en un hospital terciario de Guangzhou, China, entre junio de 2015 y julio de 2016, aplicando la versión china de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, se encontró

una prevalencia de DPP en mujeres de familias con un solo hijo del 56,2%, por medio del modelo de regresión logística multivariante identificó que ser madre primeriza presentó un OR 3.00, con un IC 95% 1.73-4.97 (65).

En Italia, en el 2012, a su vez Barbadoro et al, concluyeron que la multiparidad fue un factor protector para DPP (OR: 0.71, IC 95% 0.51 a 0.98) (66).

4.8.6. Embarazo no deseado

El embarazo no deseado se ha demostrado ser uno de los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión durante el embarazo y el postparto. Las mujeres que refieren durante el control prenatal un embarazo no deseado tienen el doble de riesgo de desarrollar síntomas depresivos o de ansiedad, o de tener mayores niveles de estrés (11).

Mendoza et al, en el 2015, en Chile, concluyeron que en aquellas mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar depresión llegó hasta 1,66 veces en relación a aquellas que si lo desearon (OR = 1,66; IC 95%: 0,96 - 2,89) (11). En su investigación Atencia, Perú, en el año 2015, el tener un embarazo no deseado es un factor de riesgo para DPP con un OR: 2.38 IC: 1.23 – 4.60 y una $p=0.009$ (62).

Sin embargo, estudios revelan que en algunas madres, la actitud ante el embarazo es contradictoria a lo esperado, ya que las pacientes que planificaron y desearon un embarazo presentaron el mayor número de trastornos depresivos, fundamentalmente depresión posparto observando en ellas una excesiva vigilancia de su embarazo (15).

Ademas, el estudio realizado por Xiong R, et al, China, 2015-2016 por medio de un análisis multivariado concluyeron que el embarazo no deseado mostró un OR 2,35, IC: 1,73-3,32 (65).

4.8.7. Embarazo no planificado

Las mujeres que tienen embarazos no planificados están menos preocupadas por el cuidado del bebé y el desarrollo de la gestación, por lo que tienden a



consumir menos cantidad de vitaminas, hierro antes y después del parto y menores controles prenatales (14).

Un embarazo que no se planificó, probablemente cause frustración en la futura madre, ya que evidentemente habrá un cambio brusco en su estilo de vida sin que haya tenido una fase preparativa (33).

Barbadoro P et al, Italia, en el año 2012, en 5812 mujeres embarazadas durante un periodo de 5 años se informó que el 23.5% ($n = 1.365$) refirió haber sufrido síntomas depresivos posparto y aquellas que tuvieron un embarazo no planificado también aumentaron el riesgo de desarrollar síntomas depresivos en la etapa puerperal con un OR 1,78; IC del 95%: 1,16 a 2,73 (66).

Al respecto en su estudio Contreras et al, en Lima, 2008, concluyeron que aquellas puérperas que no planificaron su embarazo tuvieron 2.2 veces más probabilidad de presentar trastorno depresivo durante la gestación (OR: 1.81; IC95%: 1.23-2.66; $p < 0.01$) (67).

4.8.8. Recurrencia de Depresión Postparto

Según Castellón et al, en Cuba, en el año 2012, la recidiva de DPP es 1:3 a 1:4 si la madre no es tratada correctamente, asociándose con severa discapacidad para desarrollar actividades de la vida diaria (8).

En tanto que Paucara, en su estudio realizado en Perú, en el año 2016, reportó que el 15% de madres encuestadas manifestaron haber presentado depresión postparto previo, hallándose así solo relación significativa entre la depresión postparto y el antecedente de episodio depresivo (30).

Al igual que Al-anazi et al, en su investigación en 150 participantes postparto en Arabia Saudita en el periodo 2014-2015, concluyó que las madres que tuvieron antecedentes de DPP presentaron una recidivancia de hasta 53.4% de los casos (68).



4.8.9. Recién Nacido Hospitalizado

A su vez, Al-anazi et al, en su estudio también concluye, que las madres que tuvieron bebés con problemas de salud presentaron DPP con una frecuencia de 62.6% (68).

A si mismo Peña et al, en Quito, en el año 2017, en su estudio descriptivo analítico longitudinal realizado en 150 mujeres puérperas a quienes se les realizó un seguimiento desde las 30 semanas de gestación, se encontró que la frecuencia de depresión postparto en las mujeres que tuvieron a sus hijos hospitalizados es del 90% (n=63) con una asociación estadísticamente significativas ($p < 0,05$) con la DPP (69).

Atiencia, Perú, en el año 2015, encontró que las madres cuyos bebes estuvieron hospitalizados por complicaciones durante o después del parto tuvieron un OR 13.69 IC: 1.74-107.70 con una relación estadísticamente significativo para DPP con una $p < 0.001$ (62).

V. HIPÓTESIS

La Depresión Postparto tiene una prevalencia superior al 15% en grupos de puérperas con factores de asociados como: disfuncionalidad familiar, edad, bajo nivel socioeconómico, cesárea, primiparidad, embarazo no deseado y no planificado, recurrencia de DPP y recién nacido hospitalizado.

VI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

6.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia y factores asociados a la depresión postparto tardío en pacientes atendidas en el Hospital Darío Machuca Palacios del cantón la Troncal, 2018.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

6.2.1. Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.



6.2.2. Determinar la prevalencia de depresión postparto.

6.2.3. Caracterizar la depresión postparto de acuerdo a variables sociodemográficas y obstétricas.

6.2.4. Identificar la relación entre depresión postparto y factores asociados como: disfuncionalidad familiar, edad, nivel socioeconómico, vía de parto, paridad, embarazo no deseado y no planificado, recurrencia de DPP y recién nacido hospitalizado.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

7.1. Tipo y diseño general de estudio: se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo que permitió conocer la prevalencia de depresión posparto y factores asociados.

7.2. Área de estudio: la investigación se ejecutó en el Hospital Darío Machuca Palacios, localizado en la provincia del Cañar, cantón la Troncal, Ecuador.

7.3. Unidad de análisis y observación: mujeres posparto atendidas en el hospital Darío Machuca Palacios del cantón la Troncal, en el período enero a junio del 2018.

7.4. Universo y muestra: considerando que el total de partos atendidos (vaginales y cesáreas) en el Hospital Darío Machuca Palacios en el año 2017 fue de 1113, y por medio del programa Epidat 3.1, con base en los supuestos de la prevalencia del 15% de antecedentes de depresión posparto como factor asociado reportada en otra investigación (30), con un nivel de confianza del 95 % y el 5 % de error, se determinó una muestra mínima de 167 mujeres, sin embargo, tomando en cuenta un 10 % de perdidas esperadas, la muestra final quedó constituida por 190 puérperas.

7.5. Criterios de inclusión y exclusión.

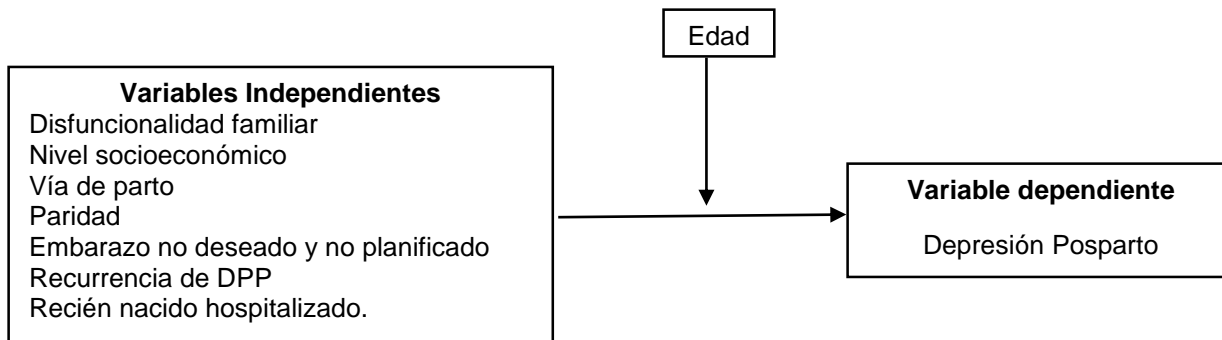
7.5.1. Criterios de inclusión:

- Mujeres en posparto atendidas en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Darío Machuca Palacios, durante el periodo enero a junio del 2018.
- Mujeres que luego de la firma del consentimiento y/o asentimiento informado accedan a participar en el estudio.

7.5.2. Criterios de exclusión:

- Madres con diagnósticos previos de depresión (excepto depresión posparto) o que presenten otra morbilidad psiquiátrica.
- Mujeres cuyo embarazo hubiese culminado en muerte perinatal.

7.6. Operacionalización de variables (anexo 4)



7.7. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

7.7.1. Métodos: observacional

7.7.2. Técnica: encuesta

7.7.3. Instrumento de recolección de datos: se elaboró un cuestionario de recolección de datos con las variables de estudio (anexo 1) el mismo que tuvo 2 secciones: la primera de variables sociodemográficas-obstétricas y la segunda sección incluyó preguntas orientadas a determinar factores asociados con escalas validadas internacionalmente como:

- **Funcionalidad Familiar (FF-SIL):** cuestionario de funcionamiento familiar, consta de 14 ítems, a cada ítem o pregunta se asigna una puntuación que va de 1 a 5, según la frecuencia en que ocurre la situación. Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5). El puntaje final se clasifica de la siguiente manera: de 70 a 57 puntos = familia funcional, de 56 a 43 puntos = familia moderadamente funcional, de 42 a 28 puntos = familia disfuncional y de 27 a 14 puntos = familia severamente disfuncional (70).
- **Nivel socioeconómico:** La Escala de Graffar-Méndez Castellanos, se utilizará para clasificar el estrato socioeconómico de las familias, basándonos en 5 variables principalmente como son: la profesión del jefe de la familia, la instrucción de la madre, la principal fuente de ingresos de la familia y las condiciones de alojamiento. Su interpretación se da mediante un puntaje de 4 a 20, dando a mayor

puntaje menor estrato económico, desde un estrato alto hasta marginal (71).

- Escala de depresión posparto de Edimburgo (EDPE): se utilizará esta herramienta para detectar la depresión postparto, la cual tiene 10 ítems, con 4 opciones de respuestas, que tienen un valor de 0-3. Si el punto de corte es superior a 12 será interpretado como depresión postparto (3).

Previo al inicio de la recolección de datos se realizó una prueba piloto con 20 pacientes en una población de similares características a las usuarias incluidas en el estudio pero de otra institución (Hospital Básico del Triunfo); dicho pilotaje se hizo con la finalidad de realizar los ajustes operativos necesarios, además se realizó un análisis de fiabilidad a través del Coeficiente Alfa de Cronbach determinándose una fiabilidad interna del formulario de recolección de datos, dando como resultado 0,616 puntos.

7.7.4. Procedimiento para recolección de la información: luego de la obtención de los permisos correspondientes por parte del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca y del Director del Hospital Darío Machuca Palacios, y una vez establecido el instrumento final de la investigación se procedió a la recolección de datos, el formulario se aplicó en dos momentos: el primero donde se recogieron datos sociodemográficos, obstétricos y nivel socioeconómico, mientras las participantes en el estudio se encontraban hospitalizadas, es decir en el puerperio inmediato o mediato en dependencia de cada caso particular. En una segunda instancia a partir de los 30 días posteriores al parto se procedió a contactar a las usuarias en su domicilio, recogiendo de esta manera la información de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y escala de funcionalidad familiar. Luego de este proceso se tabuló la información y se realizó el análisis respectivo de acuerdo a los tiempos establecidos en el cronograma propuesto para el presente estudio.

7.7.5. Supervisión: la supervisión del presente trabajo será realizado por la Dra. Jeanneth Tapia, directora de tesis.

7.8. Plan de tabulación y análisis de resultados

7.8.1. Métodos y modelos de análisis: el análisis de las características sociodemográficas, familiares y económicas se realizó mediante frecuencias y porcentajes. Para determinar la asociación de DPP con el resto de variables planteadas en la hipótesis de estudio se aplicó la prueba del Chi cuadrado, reportándose razón de prevalencia e intervalo de confianza del 95% y valor de p. El análisis estadístico se realizó con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.15 para Windows.

7.9. Aspectos éticos

- Se cumplió con las normas del código de ética de práctica médica de la Universidad de Cuenca y del Hospital Darío Machuca Palacios del cantón la Troncal, para lo cual se solicitaron a las autorizaciones correspondientes.
- Se respetó la autonomía de las pacientes, socializándose el propósito, los objetivos y el procedimiento a realizar en el presente estudio con aquellas pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, luego de lo cual se solicitó la firma del consentimiento y/o asentimiento informado según cada caso (anexo 2 y 3).
- Además se indicó a las participantes de la investigación que no recibirían ninguna remuneración por su participación y que podrían retirarse del estudio en cualquier momento.
- El manejo de los datos recolectados fue confidencial, con el uso de códigos con 3 cifras (001) que reemplazaron a los nombres.
- El manejo de la base de datos fue realizado únicamente por la investigadora.
- El acceso a la información recolectada fue restringido, estuvo a cargo de la investigadora del estudio, y quedará al alcance en caso de ser requerida por los Comités de Bioética de la Universidad de Cuenca.
- Los registros de papel se mantendrán en un lugar cerrado y protegido. Previo a la ejecución del estudio, el presente protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética.

VIII. RESULTADOS

8.1. Características de la población de estudio

Tabla 1. Distribución de 190 puérperas del Hospital Darío Machuca Palacios de la Troncal. Año 2018, según sus características socio-demográficas.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad *	≤19 años	52	27.4
	20 - 24 Años	69	36.3
	25 - 29 Años	37	19.5
	30 a 34 Años	17	8.9
	> 35 Años	15	7.9
	Total	190	100
Estado Civil	Soltera	21	11.1
	Casada	26	13.7
	Divorciada	2	1.1
	Unión Libre	141	74.2
	Total	190	100
Escolaridad	Ninguna	1	0.5
	Centro Alfabetización	1	0.5
	Primaria	65	34.2
	Secundaria	112	58.9
	Tercer Nivel	11	5.8
	Total	190	100
Etnia	Mestiza	187	98.4
	Afroecuatoriana	3	1.5
	Total	190	100
Residencia	Urbana	55	28.9
	Rural	135	71.1
	Total	190	100
Ocupación	Trabaja	12	6.3
	Estudia	16	8.4
	Hogar	162	85.3
	Total	190	100
Nivel Socioeconómico	Medio Alto	1	0.5
	Medio Bajo	7	3.7
	Bajo	166	87.4
	Marginal	16	8.4
	Total	190	100
Funcionalidad Familiar	Funcional	128	67.4
	Moderadamente Funcional	57	30
	Disfuncional	5	2.6
	Total	190	100

*Media: 23.97 Desviación estándar: ±6.23

Fuente: Formulario de recolección de datos Realizado por: Evelyn Pinos

Se entrevistó a 190 mujeres en puerperio cuyo parto fue atendido en el Hospital Darío Machuca Palacios de la Troncal, durante el año 2018. En cuanto a las características sociodemográficas, el grupo de edad más frecuente se ubicó entre las madres de 20 a 24 años con un 36.3%, con una media de 23.97 y una desviación estándar ± 6.23 . Según su estado civil el 74.2% de mujeres encuestadas vivían en unión libre, mientras el 13.7 % estaban casadas. Respecto a su nivel instrucción fue secundaria el 58,9%, la de identificación étnica el 98,4% fueron mestizas, el 85.3 % trabajaba en quehaceres domésticos y el 71,1% vivían en áreas rurales. En cuanto al nivel socioeconómico el 87.4% de las pacientes tuvieron un nivel socioeconómico bajo y un 8.4% marginal, además el 67.4% se incluyeron en familias funcionales, aunque el 30% fueron moderadamente funcionales y el 2.6% disfuncionales (tabla 1).

8.2. Prevalencia de depresión postparto

Tabla 2. Distribución de 190 puérperas del Hospital Darío Machuca Palacios de la Troncal. Año 2018, según prevalencia de depresión posparto determinada EDPE.

		Frecuencia	Porcentaje
Depresión* Postparto	Sí	137	72.1
	No	53	27.9
	Total	190	100

*Intervalo de Confianza 95% (65.46-78.74%)

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Evelyn Pinos.

La prevalencia de depresión postparto fue del 72.1% (IC al 95% 65.46 – 78.74%) versus del 27.9% de puérperas que no la presentaron (tabla 2).

Tabla 3.

Distribución de 137 puérperas del Hospital Darío Machuca Palacios de la Troncal. Año 2018, según grados de depresión posparto determinada EPDE.

		Frecuencia	Porcentaje
Depresión postparto por EPDE *	Leve	124	90.5
	Moderada	12	8.8
	Grave	1	0.7
	Total	137	100

*Media EPDE 6.43 Desviación estándar: ± 2.8

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Evelyn Pinos

Con respecto a la clasificación de la DPP, se pudo evidenciar que la mayor parte de pacientes correspondió a DPP leve con un 90.5%, seguidas de un 8.8% de usuarias en grado moderado y un 0.7% grave, además en cuanto a las puntuaciones finales de la EPDE la media fue de 6.43 con una desviación estándar de ± 2.8 (tabla 3).

8.3. Caracterización de DPP según variables sociodemográficas.

Al analizar los resultados de las mujeres que presentaron DPP y las variables sociodemográficas, se pudo evidenciar que: el grupo de edad en que se presentó con mayor frecuencia fueron las madres con edades entre 20 a 24 años con un 39.4%. Según su estado civil, el 73.7% de mujeres encuestadas en unión libre la presentaron frente a un 12.4% de casadas y solteras. Según su identificación étnica el 98.5% de mestizas tuvieron DPP. Para el nivel de instrucción, el 59.9% que la desarrollaron fueron de instrucción secundaria, el 73% de áreas rurales y el 85.4% de las que trabajaban en quehaceres domésticos (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de 137 puérperas del Hospital Darío Machuca Palacios de la Troncal. Año 2018, según variables sociodemográficas y DPP.

		Depresión Postparto	
		Frecuencia	Porcentaje
Edad	≤19 años	42	30.7
	20 - 24 Años	54	39.4
	25 - 29 Años	22	16.1
	30 a 34 Años	7	5.1
	> 35 Años	12	8.8
	Total	137	100
Estado Civil	Soltera	17	12.4
	Casada	17	12.4
	Viuda	0	0.0
	Divorciada	2	1.5
	Unión Libre	101	73.7
	Total	137	100
Escolaridad	Ninguna	1	0.7
	Centro Alfabetización	1	0.7
	Primaria	49	35.8
	Secundaria	82	59.9
	Tercer Nivel	4	2.9
	Total	137	100
Etnia	Mestiza	135	98.5
	Afro ecuatoriana	1	0.7
	Negra	1	0.7
	Total	137	100
Residencia	Urbana	37	27.0
	Rural	100	73.0
	Total	137	100
Ocupación	Trabaja	7	5.1
	Estudia	13	9.5
	Hogar	117	85.4
	Total	137	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: Evelyn Pinos.

8.4. Factores asociados a DPP.

Tabla 5. Distribución de 190 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital Darío Machuca Palacios de la Troncal. Año 2018, según factores asociados.

		Depresión postparto				RP IC 95% Valor p			
		Sí		No					
		n		n					
Edad	< 20 años	42	80.8	10	19.2	1.17	0.98	1.39	0.10
	>20 años	95	68.8	43	31.2				
Paridad	Primípara	58	76.3	18	23.7	1.1	0.92	1.31	0.29
	Múltipara	79	69.3	35	30.7				
Antecedentes de DPP	Sí	8	80.0	2	20	1.11	0.8	1.54	0.56
	No	129	71.7	51	28.3				
Embarazo no deseado	Sí	21	91.3	2	8.7	1.31	1.11	1.54	0.02
	No	116	69.5	51	30.5				
Embarazo planificado	Sí	53	73.6	19	26.4	1.03	0.86	1.23	0.71
	No	84	71.2	34	28.8				
Vía del parto	Vaginal	63	74.1	22	25.9	1.05	0.88	1.25	0.57
	Cesárea	74	70.5	31	29.5				
Patología del recién nacido	Sí	1	33.3	2	66.7	0.45	0.09	2.27	0.13
	No	136	72.7	51	27.3				
Disfuncionalidad familiar	Sí	46	74.2%	16	25.8	1.04	0.86	1.25	0.65
	No	91	71.1	37	28.9				
Nivel socioeconómico	Bajo	135	74.2	47	25.8	2.96	0.89	9.88	0.02
	Medio-alto	2	25	6	75				

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Evelyn Pinos.

De los 190 parturientas que fueron encuestadas. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre depresión postparto y variables como: edad (RP: 1.17, IC 95%: 0.98-1.39 , valor $p=0.10$), paridad (RP: 1.11, IC 95%: 0.92-1.31, valor $p=0.29$), antecedentes de DPP (RP: 1.11, IC 95%: 0.80-1.54, valor $p=0.56$), embarazo no planificado (RP: 1.03, IC 95%: 0.86-1.23, valor $p=0.71$), vía del parto (RP: 1.05, IC 95%: 0.88-1.25, valor $p=0.57$), patología del recién nacido (RP: 0.45, IC 95%: 0.09-2.27, valor $p=0.13$), disfuncionalidad familiar (RP: 1.04, IC 95%: 0.86 – 1.25, valor $p=0.65$). Sin embargo, en relación al nivel socioeconómico bajo, aunque la RP fue de 2.96 puntos y el valor de $p < 0.05$, los intervalos de confianza no fueron concluyentes (IC 95% 0.89-9.88).

En cuanto al embarazo no deseado, este factor se comportó como un factor de riesgo (RP: 1.31, IC 95%: 1.11-1.54, valor $p=0.02$)

IX. DISCUSIÓN.

En la transición entre la gestación y el periodo postparto, la mujer experimenta una multiplicidad de cambios emocionales, físicos y sociales, sumados a las responsabilidades generadas por el cuidado al recién nacido que suponen nuevos roles de aprendizaje y de comunicación de la puérpera con su bebé, sin embargo, mientras muchas mujeres se adaptan a estas cascadas de emociones y de cambios fisiológicos que emergen durante este proceso, otras evidencian problemas emocionales que pueden repercutir de manera importante no sólo en el binomio madre-hijo sino en el entorno familiar (1).

Sobre la prevalencia de DPP encontramos que fue de 72.1% (IC al 95% 65.46 – 78.74), lo que concuerda con Molero, en el año 2014, en Venezuela, donde de 100 participantes 72 madres adultas presentaron dicha patología, sin embargo la cifra expuesta en nuestro estudio es superior a lo observado por Narváez et al, atención materno infantil realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, en una investigación en 203 puérperas se encontró una frecuencia de DPP de 49.8% (38). En el año 2016, en República Dominicana concluyeron que de las 432 encuestadas, 225 (52.1%) resultaron positivas para la presencia de depresión, en el puerperio inmediato (7). Sin embargo se reportan cifras muy inferiores a las expuestas, en otros estudios como los realizados por Ahmad et al, en Pakistán en el año 2015, donde de un total de 88 participantes la prevalencia de DPP fue de 6.8 % (10).

Con respecto a la clasificación de la DPP, se pudo evidenciar que la mayor parte de pacientes correspondió a una categorización leve con un 90.5 %, seguidas de un 8.8 % de usuarias en grado moderado y un 0.7 % grave, además en cuanto a las puntuaciones finales de la EPDE la media fue de 6.43 puntos con una desviación estándar de ± 2.8 , discrepando con resultados expuestos García y colaboradores, en el año 2015, en España, donde encontraron que un 86.9 % no

presentaron DPP, un 9.7 % fueron encasilladas como cuadros leves y un 1.9 % de moderada (7).

Al analizar los resultados de las mujeres que presentaron DPP y las variables sociodemográficas, se pudo evidenciar que: el grupo de edad en que se presentó con mayor frecuencia fueron las madres con edades iguales o menores a 24 años con un 39.4% , según su estado civil, el 73.7 % de mujeres encuestadas en unión libre la presentaron frente a un 12.4 % de casadas y solteras, para el nivel de instrucción el 59.9 % que la desarrollaron fueron de instrucción secundaria, el 73 % de áreas rurales y el 85.4% de las que trabajaban en quehaceres domésticos. Al respecto, Montoya et al, en México, en el 2005 en su estudio en 183 mujeres en puerperio, concluyó que en relación al lugar de residencia rural el 33 de pacientes presentaron DPP, el 34 tuvieron instrucción primaria, y el rango de edad más frecuente de esta patología fue de 40 a 44 años con un 33 % (60).

Ortiz et al, en Colombia, en el 2015 concluyó que de 194 puérperas, cuyo nivel educativo era inferior a 5 años tuvieron un OR: 2.20 (IC 95 1.03 -4.68) de desarrollar DPP (21). Narváez et al, en Cuenca, en el año 2017, observaron que de 203 participantes, el mayor porcentaje de mujeres con DPP se ubicaron en edades de entre 20-24 años, un 48.3 % estado civil unión libre, un 60.1% vivía en zonas urbanas (38).

En cuanto a los factores asociados propuestos, a partir de los resultados encontrados, rechazamos la hipótesis alternativa la cual establecía que existía relación entre DPP y variables como: edad, paridad, antecedentes de depresión postparto, embarazo no planificado, vía de parto, patología del recién nacido y disfuncionalidad familiar, encontrando los siguientes resultados:

- Edad: en nuestro análisis evidenciamos que el 80.8% de madres menores de 20 años presentaron DPP, no obstante, no hubo relación estadística (RP: 1.17, IC 95%: 0.98-1.39, valor $p= 0.10$); ello discrepa con otras investigaciones donde como la de una serie de 53.521 participantes,

concluyéndose que aquellas mujeres con edades comprendidas entre 20 a 34 años, presentaron un $OR=1,15$; IC 95 % 1,03-2,28 para DPP (20); por otro lado, durante el 2014, en una encuesta realizada a 100 mujeres, a quienes se les aplicó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS), se concluyó que en las puntuaciones totales de dicho test, las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ($5,88 \pm 1,96$ vs. $11,58 \pm 2,9$; $p<0,001$), traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP (55).

- Paridad: el 76.3% de mujeres primíparas según el test de Edimburgo fueron categorizadas con DPP sin encontrarse relación estadísticamente significativa (RP: 1.11, IC 95%: 0.92-1.31, valor $p= 0.29$), conclusiones similares a las concluidas en Japón en el año 2015, donde la paridad no influyó en la puntuación de la EPDS, por lo que no fue considerado como un factor de riesgo para DPP (64). Sin embargo, en Perú en el año 2017, se observó que existía una probabilidad de 1.15 veces más en tener depresión postparto cuando la mujer es primípara ($OR: 1.15$; IC95% 0.472–2.787, $p > 0.05$) (72); en China a su vez se identificó que ser madre primeriza presentó un $OR 3.00$, con un IC 95% 1.73-4.97 (65).
- Antecedentes de DPP: el 80% de mujeres con depresión postparto tuvieron DPP, no obstante, no se presentaron diferencias estadísticas (RP: 1.11, IC 95%: 0.80-1.54, valor $p= 0.56$), resultados disienten de los presentados por Al-anazi et al, en su investigación en 150 participantes donde las madres antecedentes de DPP presentaron una recidivancia en un 43.94% de los casos (68). En Cuba, en el año 2012, la recidiva de DPP es 1:3 a 1:4 si la madre no era tratada correctamente (8); en el año 2016, en un estudio en Perú, el 13,56% de madres encuestadas manifestó haber presentado depresión postparto previo, sólo hallándose relación significativa entre la depresión postparto y el antecedente de episodio depresivo (30).
- Embarazo no planificado: esta variable tampoco presentó significancia (RP: 1.03, IC 95%: 0.86-1.23, valor $p= 0.71$), pues el 76.3% de pacientes con DPP refirieron no haber planificado la gestación, dichos resultados difieren con investigaciones como la realizada en Italia con 5812 mujeres embarazadas durante un periodo de 5 años donde informó el 23.5% ($n = 1.365$) refirió haber

sufrido síntomas depresivos posparto, aquellas con gestaciones no planeadas aumentaron el riesgo de desarrollar síntomas depresivos en la etapa puerperal con un OR 1,78; IC del 95%: 1,16 a 2,73 (66); así como otro estudio, donde aquellas puérperas que no planificaron su embarazo tuvieron 2.2 veces más probabilidad de presentar trastorno depresivo durante la gestación (OR: 1.81; IC95%: 1.23-2.66; $p < 0.01$) (67).

- Vía del parto: el 74.1% de pacientes que tuvieron partos vaginales fueron las que presentaron DPP con mayor frecuencia (RP: 1.05, IC 95%: 0.88-1.25, valor $p = 0.57$), sin encontrar relación significativa. Diferentes cifras son las encontradas en Italia, donde la cesárea fue un factor de riesgo (6.95 ± 4.80 frente a 6.05 ± 4.20 , $P = 0.007$) (2); otra investigación concluyó esta vía de parto tuvo una relación estadísticamente significativa con DPP con OR: 3.08 y una $p = 0.005$ (IC: 1.38-6.87) (62) y en Chile, concluyeron que la cesárea y la DPP tuvieron una relación estadísticamente significativa (OR: 3,45 IC: 1,29-9,19 $p = 0,01$) (63).
- Patología del recién nacido, en cuanto a esta variable el 33% de madres con niños con patologías u hospitalizados tuvieron DPP según la EPDS, aunque no presentaron relación estadísticamente significativa (RP: 0.45, IC 95%: 0.09-2.27, valor $p = 0.13$), lo cual difiere con estudios como Al-anazi et al, quienes concluyeron que las madres que tuvieron bebés con problemas de salud presentaron DPP con una frecuencia de 62.6% (68); otra investigación analítica longitudinal realizada en 150 mujeres puérperas encontró que el 90% de mujeres que tuvieron a sus hijos hospitalizados fue diagnosticada de DPP, con una asociación estadísticamente significativas ($p < 0,05$) (69). En el Perú, en el año 2015, se identificó que las madres cuyos bebés estuvieron hospitalizados por complicaciones durante o después del parto tuvieron un OR 13.69 IC: 1.74-107.70 con una relación estadísticamente significativo para DPP con una $p < 0.001$ (62).
- Disfuncionalidad familiar: el 74.2% de las pacientes fueron categorizadas en familias disfuncionales, pero no encontramos relación estadística con DPP (RP: 1.04, IC 95%: 0.86 – 1.25, valor $p = 0.65$), resultados que discrepan con un estudio en puérperas encontró una asociación directa con el grado de disfuncionalidad familiar con la DPP, por medio del coeficiente de Spearman

donde mostraron una correlación significativa con el puntaje del APGAR familiar con una $p < 0,01$ (36); otra investigación donde se evaluaron variables disfuncionalidad familiar y depresión pos parto resultó significativa ($p < 0.001$) y el OR calculado para cualquier grado de disfunción familiar fue 9.51 (IC 95%:2.13-42.50) (51).

- Por otro lado, aunque el nivel socio nivel socioeconómico bajo, tuvo una razón de prevalencia de 2.96, con un valor de $p < 0.05$, los intervalos de confianza no fueron concluyentes (IC 95% 0.89-9.88), por ello no podemos concluir que esta variable sea un factor que tenga asociación con DPP. En esta línea, la literatura consultada expone resultados diferentes a los planteados en nuestra investigación, pues en Perú, se encontró una mayor tendencia a la depresión en las pacientes con un nivel socioeconómico bajo en relación con el alto (OR: 7,29; $p < 0.01$ con IC: IC 95%; 3.31-16.02 (59). Moreira et al, Brasil, 2016, concluyó que más del 65% de mujeres que presentan ingresos por debajo de 3 salarios mínimos presentan signos de depresión y psicosis (45).
- Uno de los hallazgos de relevancia implicados en esta investigación, fue que el embarazo no deseado se comportó como un factor de riesgo para DPP (RP: 1.31, IC 95%: 1.11-1.54, valor $p=0.02$), conclusiones similares a lo expuesto en todos los estudios consultados, pues en Chile autores concluyeron que en aquellas mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar depresión llegó hasta 1,66 veces en relación a aquellas que si lo desearon (OR = 1,66; IC 95%: 0,96 - 2,89) (11). En Perú, en el año 2015, el tener un embarazo no deseado es un factor de riesgo para DPP con un OR: 2.38 IC: 1.23 – 4.60 y una $p=0.009$ (62), así como otro estudio transversal donde participaron 468 madres en China, donde los autores concluyeron que el embarazo no deseado mostró un OR 2,35, intervalo de confianza del 95%: 1,73-3,32 (65).

Podemos sintetizar que consideramos hipotéticamente que las grandes diferencias en lo concerniente a prevalencia de DPP encontrada en el presente estudio y las descritas en la literatura internacional sobre todo la de países desarrollados, podrían deberse a que en ellos hay una mejor y mayor cobertura



y atención desde el punto de vista institucional a la gestante, por otro lado se encuentra el contexto psicosocial de la participantes de la presente investigación, el menor nivel educativo y las condiciones socioeconómicas desfavorables, tanto para pacientes de áreas urbanas de la Troncal como de zonas rurales.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.1. Conclusiones

Por lo expuesto, fundamentándonos en el carácter transversal de la presente investigación, y aunque las conclusiones expuestas no nos permiten establecer una relación de causalidad como tal, sino únicamente una de asociación, y tomando en cuenta la alta prevalencia encontrada de DPP, consideramos que esto no le quita validez a los hallazgos encontrados, los cuales reflejan una realidad de salud latente en el cantón la Troncal. Establecemos las siguientes conclusiones:

- De las 190 participantes la mayor parte de ellas se ubicaron en edades comprendidas entre 20 a 24 años, más de la mitad de las entrevistadas refirieron estado civil unión libre e instrucción secundaria con familias funcionales, casi todas fueron mestizas, trabajaban en quehaceres domésticos, vivían en áreas rurales y nivel socioeconómico bajo.
- La prevalencia de DPP fue elevada, y según la EDPE la mayor parte de pacientes correspondió a DPP leve, no obstante aunque en un menor porcentaje también se reportaron mujeres con DPP moderado y grave. Según variables sociodemográficas, se encontró que el grupo de edad en que se presentó con mayor frecuencia fueron las madres con edades iguales o menores a 24 años, además de las pacientes en unión libre y aquellas que se identificaron como mestizas, más de la mitad de las que desarrollaron la patología fueron de instrucción secundaria, y de áreas rurales, así como aquellas que trabajaban en quehaceres domésticos.
- Finalmente no se encontró una relación estadísticamente significativa entre depresión postparto y variables como: edad, cesárea, primiparidad, embarazo no planificado, antecedentes de DPP, disfuncionalidad familiar y hospitalización de recién nacido.
- Aunque hubo diferencias estadísticas en aquellas pacientes con nivel socioeconómico bajo, los intervalos de confianza para esta variable no fueron concluyentes.
- El embarazo no deseado se comportó como un factor de riesgo.

10.2. Recomendaciones

- Es necesario incentivar los controles prenatales en las gestantes, de manera que se pueda detectar prematuramente los factores de riesgo que conlleven a desencadenar complicaciones durante el embarazo y el puerperio, además resulta trascendental que una vez identificadas las gestaciones de riesgo, se aplique un control prenatal multidisciplinario.
- El diagnóstico precoz y el tratamiento de la Depresión Postparto, es fundamental para garantizar la salud materno-infantil, reduciendo impactos negativos generados por dicha patología no solo en el binomio madre-hijo sino además en el entorno familiar, por ello consideramos importantísimo proponer que las Unidades Operativas de Salud utilicen la Escala de Edimburgo como parte de su protocolo para tamizaje general de las pacientes durante su puerperio.
- Por otro lado, una vez detectados los casos de DPP, los profesionales de salud deberían proporcionar apoyo y asesoramiento oportuno, así como un correcto seguimiento de los casos no sólo dentro de los ambientes hospitalarios sino por medio de visitas domiciliarias.
- Se deberían orientar futuras investigaciones enfocadas en la prevención, el tratamiento y mejorar la calidad de vida de mujeres con depresión postparto.

XI. REFERENCIAS BIOBLIOGRÁFICAS.

1. Tel H, Pinar SE, Daglar G. Effects of Home Visits and Planned Education on Mothers' Postpartum Depression and Quality of Life. *J Clin Exp Investig Klin Ve Deney Arastirmalar Derg* [Internet]. septiembre de 2018 [citado 19 de octubre de 2018];9(3):119-25. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=131724352&lang=es&site=ehost-live>
2. Zanardo V, Giliberti L, Volpe F, Parotto M, de Luca F, Straface G. Cohort study of the depression, anxiety, and anhedonia components of the Edinburgh Postnatal Depression Scale after delivery. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 1 de junio de 2017 [citado 28 de diciembre de 2017];137(3):277-81. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12138/abstract>
3. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 de noviembre de 2014 [citado 29 de diciembre de 2017]; 25(6):1019-28. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>
4. Jones I, Shakespeare J. Postnatal depression. *BMJ* [Internet]. 14 de agosto de 2014 [citado 28 de diciembre de 2017]; 349(aug14 2):g4500-g4500. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.g4500>
5. Míguez M, Fernández V, Pereira B. Depresión postparto y Factores Asociados en mujeres con embarazos de riesgo. 2017 [citado 29 de diciembre de 2017];25(1):47-64. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/c0df7132e50aeb6c8d6c07210c8e7192/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
6. Horowitz JA, Murphy C, Gregory K, Wojcik JD, Pulcini J, Solon L. Relación entre la detección de Depresión Postparto, síntomas, severidad y periodos de tratamiento. *Rev Horiz Enferm* [Internet]. 14 de septiembre de 2016 [citado 29 de diciembre de 2017];27(1):48-58. Disponible en: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/11>
7. García M, González P, Rodríguez D, Jiménez M, Zouain J. Incidencia de Depresión Postparto en adolescentes y adultas. 2016;
8. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2012;38(4):0-0.
9. Pope CJ, Mazmanian D. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. *Depress Res Treat* [Internet]. 2016 [citado 28 de diciembre de 2017];2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4842365/>
10. Ahmad M, Butt MS, Umar B, Arshad HS, Iftikhar N, Maqsood U. Prevalence of postpartum depression in an urban setting. *Biomed Res* 0970-938X [Internet]. octubre de 2015 [citado



- 25 de mayo de 2018];26(4):765-70. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=111382714&lang=es&site=ehost-live>
11. Mendoza C y Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Médica Chile*. 2015;143(7):887–894.
 12. Romero-Gutiérrez G, Dueñas-de la Rosa EM, Regalado-Cedillo CA, de León ALP-P. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecol Obstet Mex*. 2010;78(1):53–57.
 13. Do TKL, Nguyen TTH, Pham TTH. Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. *BioMed Res Int* [Internet]. 18 de septiembre de 2018 [citado 19 de octubre de 2018];2018:1-5. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=131823925&lang=es&site=ehost-live>
 14. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 28 de marzo de 2013 [citado 28 de diciembre de 2017];9(1):379-407. Disponible en: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
 15. Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT, et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* [Internet]. 1 de agosto de 2013 [citado 28 de diciembre de 2017];91(8):593-601. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3738304/>
 16. Upadhyay RP, Chowdhury R, Salehi A, Sarkar K, Singh SK, Sinha B, et al. Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. octubre de 2017 [citado 25 de mayo de 2018];95(10):706-17. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=125511076&lang=es&site=ehost-live>
 17. De Paz Lozano J. Depresión postparto [B.S. thesis]. Universidad Francisco de Vitoria; 2015.
 18. Lasheras G, Sender BF, Serra B. Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *Cuad Med Psicosomática Psiquiatr Enlace*. 2014;(109):22–31.
 19. Navarrete RG, López LG. Depresión posparto y factores asociados en población derechohabiente del ISSSTE en Yucatán. Recuperado Partir [Httpwww Cirsociales Uady MxrevUADYpdf262ru2625 Pdf](http://www.Cirsociales.Uady.mx/revUADYpdf262ru2625.Pdf).
 20. Ramírez-Vélez R, Rincón-Pabón D. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Rev Salud Pública* [Internet]. 6 de septiembre de 2014 [citado 28 de diciembre de 2017];16(4):534-46. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/40673>



21. Ortiz Martinez RA, Gallego Betancourt CX, Buitron Zuñiga EL, Meneses Valdés YD, Muñoz Fernandez NF, Gonzales Barrera MA. Prevalencia de tamizaje positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. octubre de 2016 [citado 28 de diciembre de 2017];45(4):253-61. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745016300026>
22. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2010;48(4):269–278.
23. Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, Santelices MP, Farkas C, Rojas G, et al. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Ter Psicológica* [Internet]. julio de 2013 [citado 29 de diciembre de 2017];31(2):249-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082013000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. González G, Moraes M, Sosa C, Umpierrez E, Duarte M, Cal J, et al. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte. *Rev Chil Pediatría* [Internet]. junio de 2017 [citado 29 de diciembre de 2017];88(3):360-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062017000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Mitra M, Iezzoni L, Zhang J, Long-Bellil L, Smeltzer S, Barton B. Prevalence and Risk Factors for Postpartum Depression Symptoms Among Women with Disabilities. *Matern Child Health J* [Internet]. febrero de 2015 [citado 25 de mayo de 2018];19(2):362-72. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=100550074&lang=es&site=ehost-live>
26. Ordoñez C. Experiencia de madres que han participado en programas de prevención del desarrollo de depresión postparto. Propuesta de implementación para madres adolescentes Ecuatorianas [Internet]. 2016. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6277/1/128674.pdf>
27. Soriano Fuentes S, De la Torre Rodríguez L, Soriano Fuentes L. Medicina de familia: familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Medicina de Familia (And)* [Internet]. 2003;4(2):38-48. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/384467590/TRASTORNOS-MENTALES-Y-CICLO-VITAL-FAMILIAR-pdf>
28. López Jiménez MT, Barrera Villalpando MI, Cortés Sotres JF, Guines M, Jaime L M. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Ment* [Internet]. abril de 2011 [citado 23 de febrero de 2019];34(2):111-20. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252011000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
29. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Humana*. 2013;27(3):185–193.



30. Calachahuin P, Christian R. Utilidad de la escala de edimburgo en el diagnóstico de depresión postparto en madres que acuden a consultorios de atención integral del niño en el hospital Goyeneche de Arequipa, 2016. 2016;
31. Orozco Navas W. Depresión Postparto. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX (608) 639 - 647; 2013.
32. Cunningham G, Leveno K, Bloom S. Williams Obstetricia. 24.^a ed. Mc Graw Hill; 2014.
33. Vera F, Karina J, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venezuela. 2014;74(4):229–243.
34. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Psinopsis de Psiquiatría. 11.^a ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015. 1469 p.
35. Vázquez J. Psiquiatría en Atención Primaria. Libros Princeps;
36. Dois A, Uribe C, Villarroel J, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Médica Chile. junio de 2012;140(6):719-25.
37. Dennis C-L, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2017;210(5):315-23.
38. Narváez B, Estefani I, Vintimilla C, Andrés S. Frecuencia de depresión posparto en puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. 2017. 2017 [citado 29 de julio de 2018]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28274>
39. Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Psiquiatría. 5.^a ed. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 2010.
40. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. Horm Behav [Internet]. enero de 2016 [citado 28 de diciembre de 2017];77:153-66. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0018506X15300428>
41. Yim IS, Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, Chicz-DeMet A, Sandman CA. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. Arch Gen Psychiatry. 2009;66(2):162–169.
42. Pérez A, Donoso A. Obstetricia. 4.^a ed. Chile: Mediterráneo; 2011.
43. Barbosa MAR da S, Ángel M. Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. Enferm Glob [Internet]. Abril de 2016 [citado 29 de diciembre de 2017]; 15(42):232-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412016000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública México. 2013;55(1):74–80.

45. Moreira EC, Fiuza HF, Fecury AA, Oliveira E de. Incidencia de psiquiátrico trastornos durante el embarazo y puerperio en mujeres de 18 a 35 años en el Charity Hospital Portuguesa de Belém/Pa, Brasil. *Rev Multidiscip Científica Cent Conoc*-Vol. 2016;2:81–93.
46. Postpartum mood disorders - Update 2012 (PDF Download Available) [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2017]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/265905828_Postpartum_mood_disorders_-_Update_2012
47. EU Irma Rojas, Ps. Natalia Dembowski, Dra. Francesca Borghero, Mat. Miriam González. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento SANTIAGO: MINSAL, 2014. 214d. C.
48. Delgado MM. DEPRESIÓN POSTPARTO Y TRATAMIENTO. :4.
49. Rojas G, Santelices MP, Martínez P, Tomicic A, Reinel M, Olhaberry M, et al. Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Rev Médica Chile*. 2015;143(4):424–432.
50. Garcia DJ, Vega C. Protocolo de actuación ante la Depresión Postparto en madres de recién nacidos hospitalizados. Hospital de Tulcán. Periodo agosto a octubre 2016. :86.
51. Miranda Cárdenas KA. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado 29 de diciembre de 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6032>
52. Gómez MTO, Torres MAP, Ortiz EP. Diseño de intervención en funcionamiento familiar. *Psicol Para América Lat*. 2005;(3):0–0.
53. Ramírez-Meza F, Cruz-Bello P, Torres DG. Revisión Bibliográfica sobre la Depresión Postparto en madres adolescentes.
54. Echeberría M. Depresión postparto en madres adolescentes. 2015.
55. Molero KL, Urdaneta Machado JR, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, Azuaje Quiroz E, Baabel Romero N. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014;79(4):294–304.
56. Gonzales Apaza MÁ. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2016. 2017;
57. Sulca Quispe KE. Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresión postparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero a marzo del 2014. 2015;
58. Zamora López BK, Molina Briones SL, Parrales González EM. Factores asociados a la depresión post-parto de mujeres en edad fértil. Hospital Humberto Alvarado Vázquez Masaya, II semestre 2015. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2016.
59. Hurtado Rodriguez WO. Nivel socioeconómico bajo como factor asociado a depresión puerperal. 2017;

60. Montoya-Rodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. *Rev Esp Méd Quir*. 2015;20:18–23.
61. Barrera AZ, Nichols AD. Depression help-seeking attitudes and behaviors among an Internet-based sample of Spanish-speaking perinatal women. *Actitudes Comport Búsqueda Ayuda Para Depresión En Una Muestra Basada En Internet Mujeres Habla Hisp En Período Perinat*. marzo de 2015;37(3):148-53.
62. Atencia Olivas SM. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril–junio, 2015. 2015;
63. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2011;76(2):102–112.
64. Shimizu A, Nishiumi H, Okumura Y, Watanabe K. Depressive symptoms and changes in physiological and social factors 1 week to 4 months postpartum in Japan. *J Affect Disord*. 1 de julio de 2015;179:175-82.
65. Xiong R, Deng A, Wan B, Liu Y. Prevalence and factors associated with postpartum depression in women from single-child families. *Int J Gynecol Obstet*. mayo de 2018;141(2):194-9.
66. Barbadoro P, Cotichelli G, Chiatti C, Simonetti ML, Marigliano A, Di Stanislao F, et al. Socio-economic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period. *Women Health*. 2012;52(4):352-68.
67. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2010 [citado 29 de diciembre de 2017];14(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=203119676005>
68. Al-anazi W, Al-amri E, Al-hayan S, Al-Bibi R, Al-Shammari H, Al-Rushaydan M, et al. Postpartum Depression among Saudi Women at National Guard Hospital and Alyamama Hospital in Riyadh in 2014-2015. *Egypt J Hosp Med* [Internet]. 16 de febrero de 2018 [citado 25 de mayo de 2018];70(10):1794-800. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=128028014&lang=es&site=ehost-live>
69. Peña C, Hernán I, Mallitasig T, Lorena P. Depresión posparto en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) y no hospitalizados, en los Hospitales un Canto a la Vida y Maternidad Nueva Aurora, un seguimiento desde la etapa gestacional. 2017 [citado 29 de diciembre de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/13956>
70. Fuentes A, Merino J. Validación de un instrumento de Funcionalidad Familiar. 2016.
71. Román-López CA, Angulo-Valenzuela RA, Figueroa-Hernández G, Hernández-Godínez MDLÁ. El médico familiar y sus herramientas. *Rev Médica MD*. 2015;6(4):294–299.



72. Cerda Sánchez MA. Factores sociodemográficos, primiparidad y su relación con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé-enero 2017. 2017;

XI. ANEXOS

ANEXO I: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código del formulario: _____

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
Nombres completos: _____			
Dirección del domicilio: _____			
Teléfono del domicilio: _____ Teléfono celular: _____			
Edad en años cumplidos: _____			
Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre	Escolaridad	1. Ninguno 2. Centro de alfabetización 3. Primaria 4. Secundaria 5. Tercer nivel 6. Cuarto nivel
Etnia	1. Mestiza 2. Afroecuatoriana 3. Blanca 4. Indígena 5. Negra 6. Mulata 7. Montubia 8. Otra	Residencia	1. Urbana 2. Rural
		Ocupación	1. Trabaja 2. Estudia 3. Hogar
B. FACTORES ASOCIADOS			
B1. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS			
Paridad	1. Primípara: 1 2. Multípara: >1 3. Gran multípara >5	¿Ha sido diagnosticada en partos anteriores de depresión después su parto?	1. Sí 2. No
Embarazo deseado	1. Sí 2. No	Embarazo planificado	1. Sí 2. No



Vía de Parto (parto actual)	1. Vaginal 2. Cesárea		
RN hospitalizado	1. Si 2. No		

B2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

	Ítems	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	1	2	3	4	5
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					
Interpretación:						

1. Familia funcional.	70 a 57 puntos.
2. Familia moderadamente funcional.	56 a 43 puntos.
3. Familia disfuncional.	28 a 42 puntos.
4. Familia severamente disfuncional.	14 a 27 puntos.

B3. NIVEL SOCIOECONÓMICO

	Ítems	Puntos
2.1. Profesión del jefe de hogar	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)	<input type="checkbox"/> (1)
	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores	<input type="checkbox"/> (2)
	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores	<input type="checkbox"/> (3)
	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)	<input type="checkbox"/> (4)
	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)	<input type="checkbox"/> (5)
2.2. Nivel de instrucción de la madre	Enseñanza Universitaria o su equivalente	<input type="checkbox"/> (1)
	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.	<input type="checkbox"/> (2)
	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior	<input type="checkbox"/> (3)
	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria)	<input type="checkbox"/> (4)
	Analfabeta	<input type="checkbox"/> (5)
2.3. Principal fuente de ingreso de la familia	Fortuna heredada o adquirida	<input type="checkbox"/> (1)
	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales	<input type="checkbox"/> (2)
	Sueldo mensual	<input type="checkbox"/> (3)
	Salario semanal, por día, entrada a destajo	<input type="checkbox"/> (4)
	Donaciones de origen público o privado	<input type="checkbox"/> (5)
2.4. Condiciones de alojamiento	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo	<input type="checkbox"/> (1)
	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios	<input type="checkbox"/> (2)
	Viviendas con buenas condiciones, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2	<input type="checkbox"/> (3)
	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en condiciones sanitarias	<input type="checkbox"/> (4)



	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.	<input type="checkbox"/> (5)
--	--	------------------------------

Evaluación

1. De 4 a 6 = alto	2. De 7 a 9 = medio alto	
3. De 10 a 12 = medio bajo.	4. 13 a 16 bajo	5. 17 a 20

marginal

B4. ESCALA DE EDIMBURGO

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:
 - a) Tanto como siempre
 - b) No tanto ahora
 - c) Mucho menos
 - d) No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer:
 - a) Tanto como siempre
 - b) Algo menos de lo que solía hacer
 - c) Definitivamente menos
 - d) No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:
 - a) Sí, la mayoría de las veces
 - b) Sí, algunas veces
 - c) No muy a menudo
 - d) No, nunca.
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
 - a) No, para nada
 - b) Casi nada
 - c) Sí, a veces
 - d) Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:
 - a) Sí, bastante
 - b) Sí, a veces
 - c) No, no mucho
 - d) No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian.
 - a) Sí, la mayor parte de las veces
 - b) Sí, a veces
 - c) No, casi nunca
 - d) No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.
 - a) Sí, la mayoría de las veces
 - b) Sí, a veces
 - c) No muy a menudo
 - d) No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada.
 - a) Sí, casi siempre
 - b) Sí, bastante a menudo
 - c) No muy a menudo
 - d) No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando.
 - a) Sí, casi siempre
 - b) Sí, bastante a menudo
 - c) Sólo en ocasiones
 - d) No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma



a) Sí, bastante a menudo
b) A veces
c) Casi nunca
b) No nunca.
Interpretación:
A las respuestas se les otorga un puntaje de 0,1,2 y 3 de acuerdo a la letra marcada
a) : 0 puntos b): 1 punto c): 2 puntos d): 3 puntos
El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.
Interpretación:
1. Leve: 6-10 puntos en EDPE
2. Moderado: 11-20 puntos en EDPE
3. Severo: >20 puntos en EDPE

Fecha ____/____/____

Nombre del entrevistador _____

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PROTOCOLO DE TESIS “PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A
DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL HOSPITAL DARIO MACHUCA PALACIOS DEL
CANTÓN LA TRONCAL 2018”

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

INSTRUCTIVO: Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite y decidir si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre “PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL HOSPITAL DARIO MACHUCA PALACIOS DEL CANTÓN LA TRONCAL” debido a que es paciente de este Establecimiento de Salud seleccionado para el estudio y se encuentra en postparto para el periodo 2017.

INTRODUCCION: La prevalencia mundial de Depresión Postparto a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20% y dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar y la salud de la madre y del niño es importante su identificación. Además el determinar los factores asociados a la depresión postparto y su prevalencia, se considera importante debido a que se podría contribuir a las políticas de promoción y prevención que se aplicaría a los centros de salud. Los resultados serán publicados para iniciar un trabajo mancomunado entre instituciones de salud.

Confidencialidad de los datos:

Para la investigadora del presente estudio es muy importante mantener su privacidad, por lo que se aplicará las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo la investigadora y el Comité de Ética de la Universidad de Cuenca tendrán acceso.

- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

- 3) El Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Información de contacto.

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0980805099 que pertenece a Evelyn Pinos, o envíe un correo electrónico a evitapinosv@hotmail.com.



Declaración del Consentimiento Informado:

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los beneficios de participar, en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante: _____

Código: _____

Firma del investigador.

Firma: _____

Fecha: _____

**ANEXO 3: ASENTIMIENTO INFORMADO.**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PROTOCOLO DE TESIS “PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A
DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL HOSPITAL DARIO MACHUCA PALACIOS DEL
CANTÓN LA TRONCAL 2018”**

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

INSTRUCTIVO: Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite y decidir si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre “PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL HOSPITAL DARIO MACHUCA PALACIOS DEL CANTÓN LA TRONCAL” debido a que es paciente de este Establecimiento de Salud seleccionado para el estudio y se encuentra en postparto para el periodo 2017.

INTRODUCCION: La prevalencia mundial de Depresión Postparto a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20% y dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar y la salud de la madre y del niño es importante su identificación. Además el determinar los factores asociados a la depresión postparto y su prevalencia, se considera importante debido a que se podría contribuir a las políticas de promoción y prevención que se aplicaría a los centros de salud. Los resultados serán publicados para iniciar un trabajo mancomunado entre instituciones de salud.

Confidencialidad de los datos:

Para la investigadora del presente estudio es muy importante mantener su privacidad, por lo que se aplicará las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo la investigadora y el Comité de Ética de la Universidad de Cuenca tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Información de contacto.

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0980805099 que pertenece a Evelyn Pinos, o envíe un correo electrónico a evitapinosv@hotmail.com.

Declaración del Consentimiento Informado:

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los beneficios de participar, en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante: _____

Código: _____

Firma del investigador.

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 4: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento.	Temporal	Número de años cumplidos	<ol style="list-style-type: none"> <19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años >35 años
Estado civil	Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Legal	Estado civil (Cédula)	<ol style="list-style-type: none"> Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre
Escolaridad	Niveles de educación aprobados desde el primero de básica hasta el último año que cursó dentro de un sistema formal.	Social	Años cursados	<ol style="list-style-type: none"> Ninguno. Centro de alfabetización Primaria. Secundaria. Tercer nivel. Cuarto nivel.
Etnia	Grupo social, comunidad de personas que comparten diversas características y rasgos.	Autoidentificación	Como se identifica según su cultura y costumbres	<ol style="list-style-type: none"> Mestiza Afroecuatoriana Blanca Indígena Mulata Montubia Otra
Residencia	Zona en la que habita una persona. ⁽¹⁵⁾	Geográfica	Registro de formulario	<ol style="list-style-type: none"> Urbana Rural
Ocupación	Trabajo empleo, oficio o actividad que una persona realiza la mayor parte de su tiempo	Laboral	Formulario recolección	<ol style="list-style-type: none"> Trabaja. Estudia. Hogar.
Paridad	Número de partos (vía vaginal y/o cesárea) que ha tenido hasta el momento en que registra su último parto	Biológica	Formulario recolección	<ol style="list-style-type: none"> Primípara: 1 Múltipara: >1 Gran múltipara >5
Vía de Parto	Término del embarazo mediante la expulsión	Biológica	Formulario recolección	<ol style="list-style-type: none"> Vaginal Cesárea



	del feto ya sea vaginal o cesárea.			
Embarazo no planificado	Embarazo que no fue deliberadamente evitado mediante tecnología anticonceptiva o que a pesar de uso por una falla en el mismo se presentó la gestación	Personal	Formulario recolección	1. Sí 2. No
Embarazo no deseado	Aquel que ocurre en momentos inoportunos, desfavorables o contra el deseo de reproducción de la mujer	Personal	Formulario recolección	1. Sí 2. No
Recién Nacido Hospitalizado	En cualquier área hospitalaria o referido a otras instituciones independientemente de la causa de ingreso durante el periodo de estudio.	Hospitalaria	Formulario de recolección de datos	1. Sí 2. No
Recurrencia de DPP	Diagnóstico de trastorno del estado de ánimo dado por un especialista en un embarazo previo al actual	Biológica	Registro de formulario	1. Sí 2. No
Nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico de la familia de la puérpera participante en el estudio determinado mediante la escala de Graffar	Social Económica	Formulario de recolección datos	1. 4 a 6 = alto nivel 2. 7 a 9 = medio alto 3. 10 a 12 = medio bajo 4. 13 a 16 bajo 5. 17 a 20 marginal
Funcionalidad familiar	Capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.	Familiar	Formulario recolección	1. Familia funcional : 57 a 70 2. Familia moderadamente funcional : 43 a 56 3. Familia disfuncional : 28 a 42 4. Familia severamente disfuncional : 14 a 27
Depresión Postparto	Síntomas depresivos en la madre tras el nacimiento de su hijo	Emocional	Formulario recolección	1. Leve: 6-10 puntos en EDPE 2. Moderado: 11-20 puntos en EDPE 3. Severo: >20 puntos en EDPE



ANEXO 5: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES																			RESPONSABLE
	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018		
	MA R	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO		
Presentación y aprobación del protocolo																			I	
Elaboración del marco teórico																			I-D	
Revisión de los instrumentos de recolección de datos																			I-D	
Plan piloto																			I	
Validación de Instrumento de recolección y entrega de oficios para realizar investigación																			I-D	
Recolección de los datos																			I-D	
Análisis e interpretación de los datos																			I-D	
Elaboración y presentación de la información																			I-D	
Conclusiones y recomendaciones																			I-D	
Elaboración del informe																			I-D	



ANEXO 6: PRESUPUESTO

FUENTES	DISCRIMINACIÓN DETALLADA DE RECURSOS	UNIDADES QUE SE REQUIEREN	VALOR DE CADA UNIDAD (USD)	COSTO(USD) TOTAL	
AUTORA DEL ESTUDIO	COMPUTADORA	1	800.00	800.00USD	
	IMPRESORA	1	300.00	300.00USD	
	HOJAS A4	2000	0.01	20.00 USD	
	IMPRESIONES	1000	0.05	50.00USD	
	FOTOCOPIAS	2500	0.02	50.00USD	
	INTERNET	400(HORAS)	0.20	80.00 USD	
	LÁPIZ	8	0.30	2.40 USD	
	BORRADOR	8	0.20	1.60 USD	
	EMPASTADO	6	4.00	36.00 USD	
	FLASH MEMORY	1	4.75	4.75 USD	
	TRANSPORTE	300	1.50	474.00USD	
	ALIMENTACIÓN	300	3.00	900 USD	
	DIGITACIÓN ENCUESTAS	222	3.00	666.00USD	
	TOTAL			3,384.75USD	